



**Luzerner  
Psychiatrie** *lups.ch*

*ambulant · stationär · kinder- und jugendpsychiatrie*

# Sucht im Alter Konsequenzen für die Pflege und Betreuung

Marion Reichert Hutzli, Leitende Ärztin ambulante Alterspsychiatrie  
*2014*



Sucht im Alter ist ein oft unterschätztes Problem

Sucht hat einen grossen Einfluss auf die seelische und körperliche Gesundheit

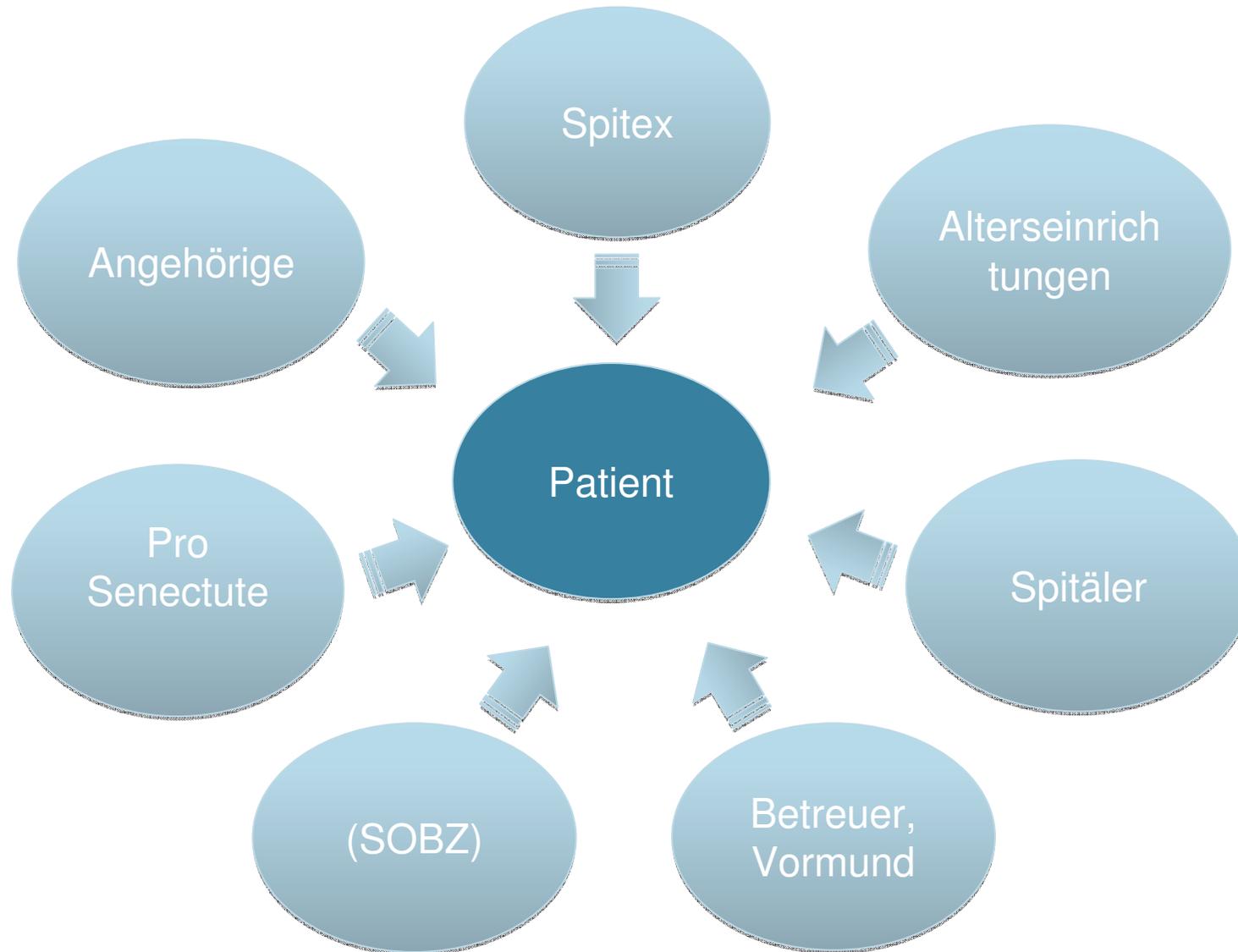
Sucht wird im Pflege- und Betreuungsbereich zunehmend zum Thema

Die Betreuung suchtkranker Menschen mit teils grossen psychiatrischen und sozialen Problemen stellt Einrichtungen vor grosse Herausforderungen

Fehlendes Wissen über Entstehung, Auswirkung und Folgen von Suchterkrankungen führt zu Überforderung der Mitarbeiter und zu ablehnenden Haltungen.

- Menschen mit schweren körperlichen, psychischen und kognitiven Folgeerkrankungen aufgrund chronischen Suchtmittelkonsums
- Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke mit schweren psychischen und sozialen Folge- und Begleiterkrankungen

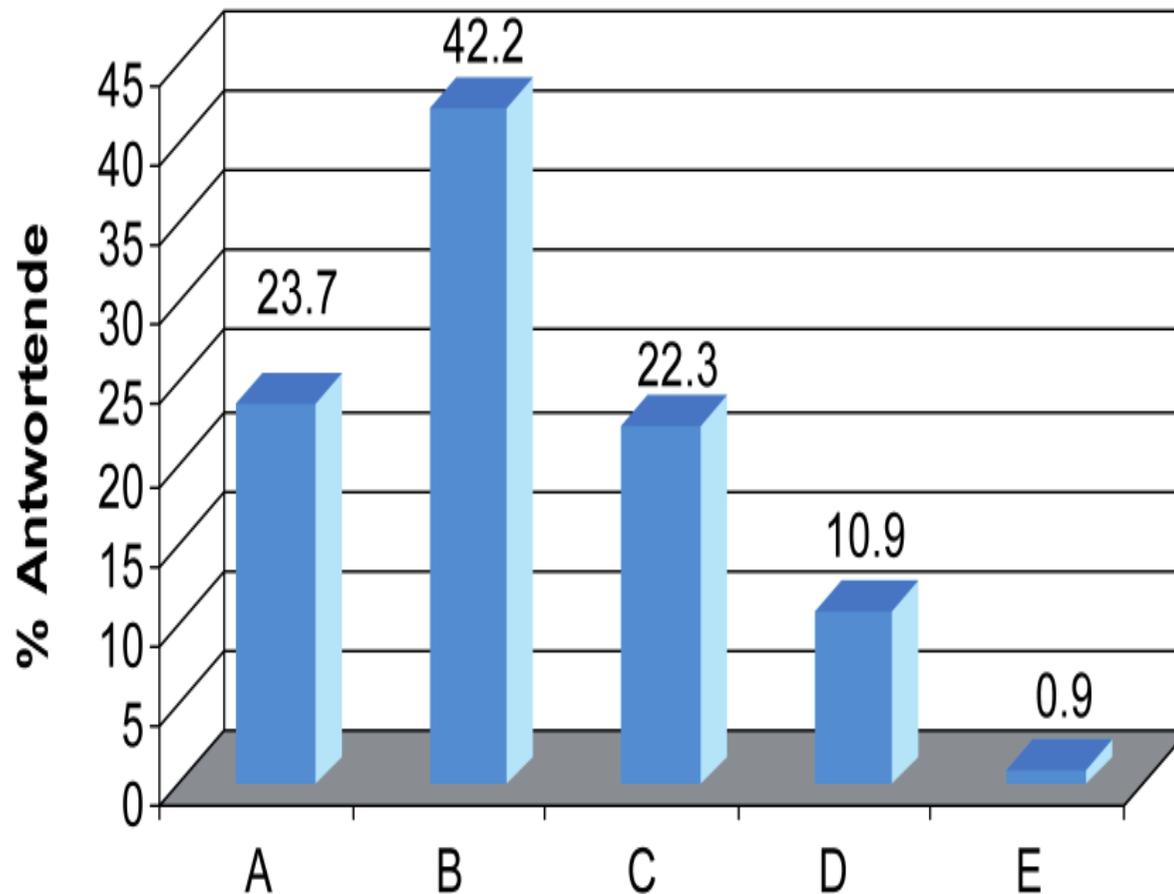
## Wer betreut und pflegt ältere Suchterkrankte?



Studie von Richard Müller, ehemaliger Direktor der schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogen in Lausanne

Gesamtschweizerische Erhebung der Praxis im Umgang mit Alkohol in Alters- und Pflegeheime (557 Teilnehmer)

- Alkoholprobleme in Einrichtungen der Altenhilfe in der Wahrnehmung der Befragten kein dringendes, eher seltenes Phänomen

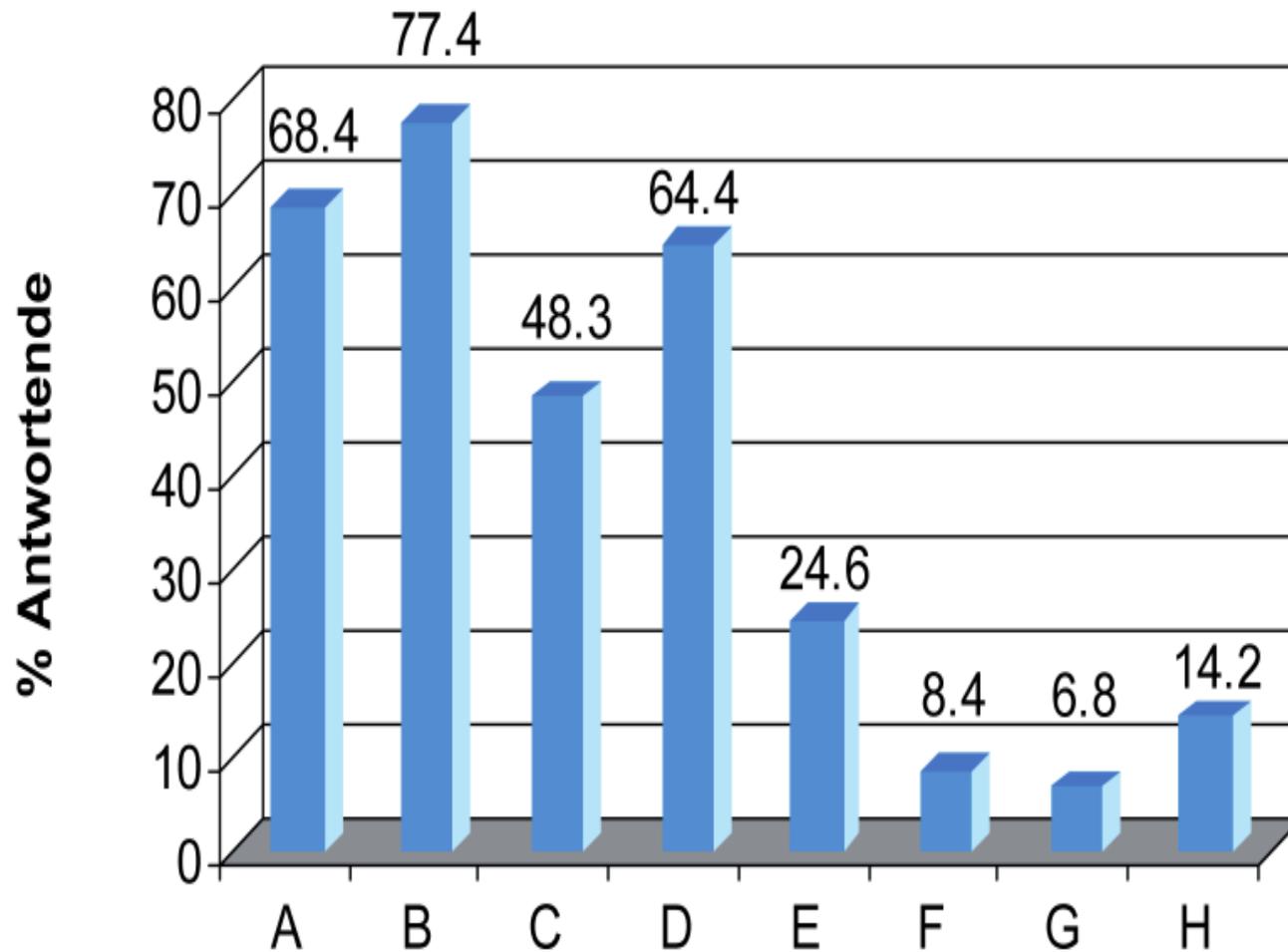


### Legende

- A Bei uns gibt es kaum Alkoholprobleme
- B Es gibt hin und wieder vereinzelte Fälle
- C Der Alkoholkonsum von Bewohnern/Bewohnerinnen verursacht schon mal Probleme bei uns
- D Alkoholkonsum der Bewohner/Bewohnerinnen ist immer wieder einmal ein Problem
- E Bei uns gibt es gehäuft Alkoholprobleme

- Haltung gegenüber Alkoholkonsum uneinheitlich, strikte Konsumverbote selten
- Relativ hohe Toleranz gegenüber Konsum solange dieser im Alltag nicht störend wirkt
- Probleme
  - Konflikte mit MitbewohnerInnen und dem Personal
  - Hygiene
  - Teils erhöhter Pflegebedarf

## Wahrgenommene Folgen



### Legende

- A Verwirrungszustände
- B Sturzverletzungen
- C Affektlabilität
- D Enthemmung
- E Demenz
- F Suizidalität
- G Krampfanfälle
- H andere Störungen

- Suchterkrankung schliesst Aufnahme im Altersheim in den meisten Fällen nicht aus
- Behandlung sollte in normalen Altershilfeeinrichtungen erfolgen
- Alkoholprobleme werden meist direkt mit Betroffenen angesprochen. Oft Delegation an Medizinalpersonen
- Haltung ambivalent: man will Entzugsbehandlung ersparen aber auch zu Therapie motivieren.
- Ethisches Dilemma: Laisser fair – Paternalismus
- Bedürfnis nach Weiterbildung besteht

Repräsentativen Studie von Kuhn und Haasen (2009)

**Ja**

34,6% der ambulanten

28,9% der stationären Pflegedienste

**Unentschieden**

34,8% der ambulanten

32,0% der stationären Einrichtungen

- Sollten Pflegekräfte immobilen Bewohnern/Patienten Alkohol beschaffen?
- Gibt es ein Recht auf Beruhigungsmittel bzw. auf Bedarfsmedikation?
- Ist die Abstinenz immer das angestrebte Ziel?
- Können Menschen mit einer Abhängigkeit überhaupt für ihre Erkrankung gemäßregelt werden?
- Wie ist auf Handgreiflichkeiten bei alkoholisierten Bewohnern zu reagieren?
- Wie gehen Pflegende / Betreuende mit negativen Gefühlen wie Ekel und persönlicher Ablehnung um
- .....

- Hohes Alter bei Eintritt ( Müller: Durchschnitt 84 und älter)
- Oft schwerwiegende körperliche/geistige Probleme die zu Unselbständigkeit führen
- Eher kleines soziales Netz
- Ehepartner oft verstorben
- Geringere Lebenszufriedenheit, oft depressiver ( v. a. bei unfreiwilligem Heimeintritt)

- Beendigung des Berufslebens, Anpassungsprobleme an den neuen Lebensabschnitt
- Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden
- Leere, Langeweile
- Dünner werdende soziale Netze, Einsamkeit, Isolation
- Verlusterfahrungen (Verwitwung, Verlust der Selbstständigkeit)
- Erlernte Hilflosigkeit durch Rollen- und Kompetenzverlust
- Nachlassende körperliche und intellektuelle Leistungsfähigkeit
- Häufung von Krankheiten, körperlichen Beschwerden

**Tabelle 20: Der Gesundheitszustand älterer Personen mit problematischem Alkoholkonsum im Vergleich zu Personen der selben Altersgruppe ohne problematischen Alkoholkonsum**

Aspekt	Viel schlechter	Etwas schlechter	Ähnlich	Etwas besser	Viel besser
Psychischer Gesundheitszustand	52,9%	41,2%	2,9%	2,9%	-
Physischer Gesundheitszustand	54,4%	42,4	3,0%	-	-
Soziale Beziehungen	52,9%	35,3%	11,8%	-	-
Qualität der Freizeitbeschäftigung	68,6%	22,9%	8,6%	-	-

*NB Für jeden Aspekt ist der jeweils höchste Wert grau hinterlegt.*

*NB Nicht alle Befragten machten zu allen Aspekten Angaben.*

*Frage 19 des Fragerasters: Wie bewerten Sie folgende Lebensbereiche bei älteren Personen mit problematischem Alkoholkonsum im Vergleich zu älteren Personen ohne problematischen Alkoholkonsum?*

- Suchtprobleme werden nicht als solche wahrgenommen
- Es besteht nicht auf allen Ebenen ausreichendes Wissen, keine einheitliche Haltung
- Das Verhalten der Betroffenen stört Mitpatienten und Abläufe
- Der Pflegeaufwand ist erhöht

- Stehen oft länger bestehenden Problemen gegenüber
- Konfrontation mit schwierigen, unverständlichen Verhaltensweisen
- Unklare oder (von Betroffenen, Vorgesetzten) abweichende Haltung der Pflege-/ Betreuungsperson zum Thema Sucht
- Pflegende/Betreuende oft einzige/ wichtigste Ansprechpersonen

Sturzgefahr

Beeinträchtigung kognitiver Funktionen

Verwahrlosung, Vernachlässigung der Hygiene

Ablehnung von Pflege

Motivation reduziert, Vernachlässigung von Interessen, Pflichten

Probleme werden über Medikamente/ Alkohol gelöst

Penetrantes fragen nach Medikamenten/Alkohol

Nichterkennen der Grundproblematik

Persönlichkeitsveränderung (Dysphorie, Gereiztheit, Gleichgültigkeit,...)

Übergriffiges Verhalten, Aggressivität

## Auf Ebene

- Politik / Gesellschaft
- Fachliche Stellen
- Institution
- Mitarbeiter

- Sucht zum Thema machen
- Ethischer Diskurs
- Entwickeln und Formulieren einer Haltung zum Thema Sucht
- Leben einer gemeinsame Haltung von Leitung und Mitarbeitern
- Entwickeln standardisierter Abläufe
- Zur Verfügung stellen von praxisnahen Materialien (Informationen, Screenings)
- Schulung der Mitarbeiter

Schaffen von Voraussetzungen die den Betroffenen die Verhaltensänderung erleichtern

- Gesamtatmosphäre
- Freundliche Ansprache
- Angebote zur Tagesstrukturierung
- Unterstützung in Einzel- und Gruppengesprächen
- Strukturierte Programme

- Vernetzung ambulante, stationäre Altenpflege, Klinik, Ärzte, Helfernetz
- Interdisziplinäre Absprachen und Überprüfung
- Angehörige einbeziehen
- Einstufung in eine angemessene Pflegestufe erreichen

- Kenntnis und Verständnis von Suchterkrankungen
- Geeignete Kommunikation und Interaktion
- Sich und das Gegenüber reflektieren
- Den Suchtkranken mit sich und seinem Verhalten in einem förderlichen Mass konfrontieren
- Mit dem Betroffenen Rahmenbedingungen und Strukturen schaffen, die es ihm ermöglichen, sich in die Institution zu integrieren

- Assessments wie CAGE, Audit, MAST □ G
- Motivierende Gesprächsführung (Miller, Rollnick)
- Stages of Change
- Trinktagebuch
- Pflegevisiten oder Fallbesprechungen
- Intervision, kollegiale Beratung
- Pflegeplanung

- Sturzprophylaxe
- Ernährung mit Vitaminen und Ballaststoffen
- Verbesserung der Selbstpflege
- Schlafförderung / Schmerzbewältigung
- Einbindung in Bewegungs□ und Kreativangebote
- Förderung der Bewältigungskompetenz in belastenden Situationen wie Einsamkeit, Langeweile, Trauer und Angst
- Förderung von Genuss□ und Entspannungsfähigkeit
- Zuführung zu Unterstützungsangeboten und Nachsorgebehandlungen
- Sinnstiftende Arbeit
- Begleitung bei einem möglichen Entzug

## **Problem**

Wenig/ keine Kooperationsbereitschaft

## **Pflegediagnose**

Hält Abmachungen nicht ein, Übernimmt selbst keinen Anteil, trägt nichts bei, Anspruchshaltung

## **Ziel**

Kooperiert, hält Abmachungen ein, übernimmt Ihren/seinen Anteil, trägt etwas bei

## Massnahmen

- Klare Regeln über Zuständigkeiten aufstellen (wer übernimmt was), evt. kleinen Vertrag machen
- Gemeinsam Ziele setzen, befähigend arbeiten
- Ziele/Abmachungen überprüfen, bei Abweichungen sofort reagieren
- Kein Verwöhnprogramm
- Mit Kundin bei Nichtkooperation über Konsequenzen sprechen
- Evt. Betreuung beenden, wenn KundIn sich nicht helfen lassen will oder keine minimale Kooperationsbereitschaft zeigt

## Was geht in den Pflegenden vor?

- Wunsch zu helfen
- Hilflosigkeit
- Ärger
- Traurigkeit
- Scham
- Ekel

- Klare, gut kommunizierte Haltung im Team und gegenüber dem Klienten
- Offene Kommunikation im Team und gegenseitige Unterstützung
- Intervision, Supervision, Fallbesprechungen
- Weiterbildungen
- Sensibilisierung für das Thema Sucht im Alter
  - In der Öffentlichkeit
  - In der Institution
  - Bei den Betroffenen

## **Politik/Gesellschaft**

- Kanton/Gemeinden

## **Institution**

- Team
- Leitung

## **externe Experten**

Akzent, Pro Senectute, lups, Pflegefachpersonen mit Erfahrung im Suchtbereich, niedergelassene Ärzte, Psychologen, Supervisoren, Fachgesellschaften,....

- Sucht im Alter ist ein im Pflege-/Betreuungsbereich zunehmendes, oft unterschätztes Problem
- Folgen der Suchterkrankung sind für Betroffene wie auch Pflegende/Betreuende von grosser Bedeutung
- Es muss eine Auseinandersetzung über dieses Thema stattfinden, insbesondere in den altersspezifischen Institutionen
- Die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung und interner Konzepte sowie die Weiterbildung der Mitarbeiter sind dabei wichtige Bausteine
- Ein konsequentes Handeln verbessert die Lebensqualität, kann die Pflegebedürftigkeit verringern und entlastet die Pflegenden/Betreuenden

- Unfälle und Stürze
- Psychiatrische Symptome und Erkrankungen (Depression, Angsterkrankung, Demenz,..)
- Selbstvernachlässigung (Ernährung, Hygiene,..)
- Sozialer Rückzug

- Mangel an
  - eigenständiger Strukturgebung
  - Beschäftigungsfähigkeit
  - Verantwortungsübernahme
- Sucht als Lebensmittelpunkt
- Aufrechterhalten des Bildes von Selbständigkeit und Eigenverantwortung nach aussen
- Bagatellisierung und Fehldeutung von körperlichen Beschwerden
- Externalisierung

- Abhängigkeit und Missbrauch erkennen
- Beziehung herstellen und den Kontakt zum Betroffenen nicht verlieren
- Planung und Perspektiven für den verbleibenden Lebensweg
- Gewinn an Lebensfreude
- Korrekturen nur soweit gemeinsam möglich

- Überleben sichern
- Vereinbarungen treffen
- Keine Sanktionen ankündigen die nicht eingehalten werden
- Steht Alkohol zur Verfügung: Risiken besprechen
- Im pflegerischen und therapeutischen Team eine Sprache sprechen
- Rückfall als Möglichkeit und nicht als Versagen sehen
- Den Betroffenen nicht aufgeben